



TỜ KHAI ĐI HỌC **STATEMENT FROM SCHOOL**

CSO/WORKER NAME / TÊN CSO/NGƯỜI CÁN SỰ	TELEPHONE NUMBER / SỐ ĐIỆN THOẠI
CLIENT IDENTIFICATION NUMBER / SỐ NHẬN ĐIỆN THÂN CHỦ	DATE / NGÀY

SECTION 1: FILL OUT THIS SECTION BEFORE TAKING IT TO THE SCHOOL.

PHẦN 1: ĐIỀN VÀO PHẦN NÀY TRƯỚC KHI MANG ĐẾN NHÀ TRƯỜNG.

By signing here, I give my permission to the school to complete this form for the Department of Social and Health Services (DSHS). (Khi ký tên vào đây, tôi cho phép sở làm của tôi điền vào mẫu này cho Bộ Xã Hội và Y Tế.)

YOUR NAME / TÊN CỦA QUÝ VỊ	YOUR SIGNATURE / CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ	DATE / NGÀY
----------------------------	------------------------------------	-------------

NAME OF SCHOOL / TÊN TRƯỜNG HỌC

SCHOOL ADDRESS / ĐỊA CHỈ TRƯỜNG HỌC	STREET ADDRESS / SỐ VÀ ĐƯỜNG	CITY / SỐ VÀ ĐƯỜNG	STATE / THÀNH PHO	ZIP CODE / KHU BƯU CHÍNH
-------------------------------------	------------------------------	--------------------	-------------------	--------------------------

SECTION 2: THE PERSON IN THE SCHOOL'S OFFICE WHO IS IN CHARGE OF ATTENDANCE FILLS OUT THIS SECTION.

PHẦN 2: NHÂN VIÊN VĂN PHÒNG NHÀ TRƯỜNG PHỤ TRÁCH VIỆC THEO HỌC ĐIỀN VÀO PHẦN NÀY.

A. COMPLETE THE FOLLOWING FOR EACH CHILD FROM THIS FAMILY ATTENDING YOUR SCHOOL.

CHILD'S NAME	BIRTHDATE	IS THE CHILD ATTENDING SCHOOL:	IS THE CHILD IN SPECIAL EDUCATION CLASSES?	IS THE CHILD MAKING SATISFACTORY PROGRESS IN SCHOOL?	IF THE CHILD IS 16 OR OLDER, WHEN IS S/HE EXPECTED TO GRADUATE?
		<input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Half-time <input type="checkbox"/> Less than half-time	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Half-time <input type="checkbox"/> Less than half-time	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Half-time <input type="checkbox"/> Less than half-time	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Half-time <input type="checkbox"/> Less than half-time	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

B. WHAT IS THE HOME ADDRESS THAT YOU HAVE ON FILE FOR THE CHILDREN?

C. COMPLETE THE FOLLOWING FOR THE PEOPLE YOU ARE SUPPOSED TO CONTACT IN CASE OF EMERGENCY.

NAME	RELATIONSHIP TO CHILD	ADDRESS (INCLUDE CITY AND ZIP CODE)	TELEPHONE NUMBER

D. PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION IN CASE WE NEED TO CONTACT YOU.

SIGNATURE	YOUR NAME (PLEASE PRINT CLEARLY)	TODAY'S DATE
TITLE	TELEPHONE NUMBER (INCLUDE AREA CODE)	FAX NUMBER